FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 206.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le 29 décembre 1862,*

**Par Adrien PROUST,**

né à Illiers (Eure-et-Loir),

Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris
(Concours de 1862, 1re mention),
Lauréat de la Faculté de Médecine (Concours de l'École Pratique, 1er Prix),
Membre de la Société Anatomique et de la Société d'Anthropologie.

## DU PNEUMOTHORAX ESSENTIEL
OU
PNEUMOTHORAX SANS PERFORATION.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1862

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**Doyen,** M. RAYER.

| **Professeurs.** | MM. |
|---|---|
| Anatomie | JARJAVAY. |
| Physiologie | LONGET. |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Histoire naturelle médicale | MOQUIN-TANDON. |
| Chimie organique et chimie minérale | WURTZ. |
| Pharmacologie | REGNAULD. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Médecine comparée | RAYER. |
| Histologie | ROBIN. |
| Pathologie médicale | N. GUILLOT. MONNERET. |
| Pathologie chirurgicale | DENONVILLIERS. GOSSELIN. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ANDRAL. |
| Opérations et appareils | MALGAIGNE. |
| Thérapeutique et matière médicale | GRISOLLE. |
| Médecine légale | TARDIEU. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | ..... |
| Clinique médicale | BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU. |
| Clinique chirurgicale | VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE. |
| Clinique d'accouchements | DEPAUL. |

*Doyen honoraire,* M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Professeur honoraire,* M. CLOQUET.

**Agrégés en exercice.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. AXENFELD. | MM. DUCHAUSSOY. | MM. LABOULBÈNE. | MM. REVEIL. |
| BAILLON. | EMPIS. | LIÉGEOIS. | SÉE. |
| BAUCHET. | FANO. | LORAIN. | TARNIER. |
| BLOT. | FOUCHER. | LUTZ. | TRÉLAT. |
| CHARCOT. | GUILLEMIN. | MARCÉ. | VULPIAN. |
| CHAUFFARD. | HÉRARD. | PARROT. | |
| DOLBEAU. | HOUEL. | POTAIN. | |

**Agrégés libres chargés de cours complémentaires.**

| | |
|---|---|
| Cours clinique des maladies de la peau | MM. HARDY. |
| — des maladies syphilitiques | VERNEUIL. |
| — des maladies des enfants | ROGER. |
| — des maladies mentales et nerveuses | LASÈGUE. |
| — d'ophthalmologie | FOLLIN. |
| — des maladies des voies urinaires | VOILLEMIER. |

*Chef des travaux anatomiques,* M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

**Agrégés stagiaires.**

MM.

**Examinateurs de la thèse.**

MM. GRISOLLE, *président;* RAYER, BAUCHET, LABOULBÈNE.

M. BOURBON, *Secrétaire.*

---

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

---

A MA MÈRE.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE.

A M. LE PROFESSEUR GRISOLLE.

A M. LASÈGUE.

Comme un témoignage de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

**pendant mon internat :**

M. BÉHIER,

M. GIBERT,

M. HUGUIER,

M. RICORD.

## A M. FOLLIN.

*Témoignage d'estime et de respectueuse affection.*

## A M. JACCOUD,

MON MAÎTRE ET MON AMI.

Je prie MM. Velpeau, Depaul, Cazenave, Verneuil, Cullerier, Morel-Lavallée, de vouloir bien agréer mes sincères remercîments pour les savants conseils qu'ils ont bien voulu me donner et la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

## A MES AMIS.

DU

# PNEUMOTHORAX ESSENTIEL

OU

## PNEUMOTHORAX SANS PERFORATION.

I. On entend, sous le nom de *pneumothorax*, la présence dans la plèvre d'une certaine quantité de gaz, et on dit qu'il y a hydro-pneumothorax, lorsque la cavité pleurale renferme un gaz et un liquide. Cette distinction, qui paraît satisfaisante pour l'esprit, n'a pas, au point de vue pratique, une bien grande importance. Du moment, en effet, où un fluide quelconque est en contact avec la plèvre, ordinairement il l'enflamme, et cette irritation devient la source d'un épanchement, si même déjà une certaine quantité de liquide n'a pas accompagné le fluide gazeux.

Le pneumothorax ou épanchement d'air sans liquide, sauf quelques faits exceptionnels sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, ne paraît donc possible qu'au début, lorsqu'une perforation est la cause du passage de l'air ; il ne semble être qu'une variété de ce qu'on a appelé le pneumothorax essentiel, et ici nous trouvons une distinction qui est plus en rapport avec l'observation des faits. La dénomination de pneumothorax serait donc très-rarement applicable ; on l'emploie cependant assez souvent, mais seulement par abréviation de langage.

Laënnec avait bien saisi la différence qui existe entre le pneumothorax essentiel et le pneumothorax symptomatique : il est essen-

tiel, lorsqu'une exhalation gazeuse se fait dans la plèvre; il est symptomatique, lorsqu'une perforation de nature quelconque fait communiquer la cavité pleurale avec l'air atmosphérique. Depuis les mémorables travaux de Laënnec, la connaissance de cette dernière affection est devenue classique : son mécanisme est d'une clarté saisissante, et tous les points de son histoire sont parfaitement élucidés. Mais en est-il de même du pneumothorax dit essentiel, et l'autorité de l'éminent créateur de l'auscultation a-t-elle fait accepter avec la même facilité la possibilité de l'exhalation gazeuse dans la plèvre, sans perforation aucune? Un certain nombre d'observateurs sont venus faire connaître quelques faits à l'appui de cette opinion, qui cependant n'a jamais été complétement admise.

Des travaux récents sur la possibilité du souffle amphorique pleurétique et du son tympanique, dans la pleurésie et au début de certaines pneumonies, nous permettront de donner une nouvelle explication de quelques cas de pneumothorax essentiel relatés par les auteurs, et d'éliminer un certain nombre de faits du cadre déjà très-restreint de cette affection.

Déjà M. le professeur Grisolle (1) avait pressenti cette explication; dans son article sur le pneumothorax, il se demande «si l'on n'a pas considéré, comme appartenant nécessairement à cette affection, ces cas de pleurésie et de pleuropneumonie où l'on constate, sous la clavicule correspondante, cette sonorité tympanique et cette faiblesse du bruit respiratoire sur lesquelles Skoda a appelé l'attention.»

Dans un travail récent, M. Jaccoud a expliqué, par l'existence d'une sonorité tympanique au début d'une pneumonie, les faits que Graves rapporte sous le titre de pneumothorax essentiel. J'aurai plus loin l'occasion de revenir sur ces faits et sur leur interprétation.

---

(1) *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 874, 8e édition.

Toutefois si, sur ce point, la manière de voir de Laënnec n'a pas été confirmée par l'observation ultérieure, on doit remarquer combien il avait nettement posé le problème. Le pneumothorax essentiel, dit-il, peut s'observer dans trois circonstances différentes : ou bien il y a simplement exhalation gazeuse, ou bien l'exhalation gazeuse s'accompagne d'épanchement liquide, ou enfin la production de gaz n'est que le résultat de la décomposition putride d'un liquide pleural. La possibilité de ce dernier cas ne saurait être mise en doute; toutefois il est tellement rare, en dehors de toute communication avec l'air extérieur du liquide contenu dans la plèvre, que je n'ai pu en trouver d'observations relatées dans les auteurs. Dans ces divers exemples de putréfaction, il y a toujours ou gangrène du poumon, et alors l'air contenu dans les bronches communique directement avec la plèvre, ou bien la putréfaction provient de la communication directe de la plèvre avec l'air extérieur, comme dans le cas de plaie de poitrine. Nous n'aurons, dans cette dissertation, à traiter que des deux premières variétés : l'exhalation gazeuse simple, ou l'exhalation gazeuse compliquée d'épanchement, mais sans putréfaction.

A l'état normal, la plèvre, humectée par un liquide de composition complexe, ne renferme aucun gaz, et l'opinion de Ribes (1) ne saurait plus être acceptable avec les données de la science moderne. Ce n'est donc que dans des cas pathologiques qu'un fluide aériforme peut s'introduire entre les deux feuillets pleuraux glissant l'un sur l'autre, mais intimement accolés. Cependant, en admettant un

---

(1) Il paraît, d'après les recherches de M. Ribes, qu'un fluide aériforme existe naturellement en petite quantité dans la plèvre. Cet habile anatomiste m'a dit qu'en ouvrant avec précaution, chez les chiens, les cavités tapissées par des membranes séreuses, il s'est toujours aperçu qu'au moment où le scalpel pénétrait, il s'en échappait un peu d'un fluide aériforme. Il est probable que ce fluide n'est autre chose que la sérosité elle-même, réduite en vapeur par la chaleur animale. (Laennec, *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 248; 1826.)

instant la possibilité de l'exhalation gazeuse dans la plèvre, nous devons rechercher d'où peut venir ce gaz.

Il ne peut provenir que de trois sources : 1° de l'air atmosphérique, après avoir traversé les parois thoraciques; 2° des lobules pulmonaires; 3° du sang, qui, d'après les recherches de Magnus et de Bischoff, contient à l'état gazeux de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique.

Dans les deux premiers cas, poser la question, c'est la résoudre. Quant à la troisième hypothèse, elle n'est pas plus acceptable; les gaz, en effet, ne sont pas dans le sang à l'état libre, mais en dissolution, à peu près comme l'air dans l'eau ordinaire.

En outre, on doit encore se demander en vertu de quelle force l'air pourrait s'introduire entre les deux feuillets pleuraux. Les deux parois sont appliquées l'une contre l'autre par l'air atmosphérique exerçant une pression bien connue qui agit extérieurement sur les parois thoraciques, et à l'intérieur sur la face interne des canalicules respiratoires; rien n'existe entre les deux feuillets de la plèvre; il y a là un vide virtuel. Dans le cas de perforation pulmonaire, le mécanisme est tout différent : la pression atmosphérique exerce bien toujours son action sur la paroi thoracique, et par elle sur le feuillet pariétal de la plèvre; mais le feuillet viscéral perforé accompagne le poumon revenu sur lui-même en vertu de son élasticité; l'air pénètre donc facilement dans la cavité pleurale. Les conditions étaient à peu près les mêmes chez les animaux soumis aux expériences de MM. Demarquay et Leconte (1). Dans ces cas encore, l'effet de la pression atmosphérique était annihilé d'un côté; ces expérimentateurs injectent un mélange gazeux dans une séreuse, et ils observent des endosmoses et des exosmoses avec les gaz du sang.

---

(1) *Études chimiques sur l'action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants* (*Arch. gén. de méd.*, année 1859).

On voit combien, dans le cas de pneumothorax essentiel, les conditions sont différentes, et je crois qu'il est inutile d'insister plus longtemps sur ce point.

Physiologiquement l'exhalation gazeuse simple paraît donc impossible : les mêmes considérations me semblent applicables aux cas de prétendus pneumothorax essentiel avec épanchement, et on ne saurait accepter, comme le pensait Laënnec, que la sérosité peut se réduire en vapeur par la chaleur animale.

Les données physiologiques que nous possédons actuellement semblent donc repousser la possibilité de l'exhalation gazeuse dans la plèvre ; mais cette démonstration n'est pas suffisante, et il s'agit maintenant de rechercher si l'observation clinique vient confirmer ou contredire ces déductions physiologiques. Les observations publiées sous le nom de *pneumothorax essentiel* ne sont pas très-nombreuses ; nous n'avons pu en réunir que 25. Ces faits peuvent se classer en catégories de caractères très-divers, et sont susceptibles d'interprétations fort différentes.

II. Quelques-unes de ces observations n'ont du pneumothorax que le titre : tels sont les deux faits de M. Venot (1). Le premier est considéré par MM. Venot et Saussier comme un exemple de pneumothorax essentiel ; la même interprétation est donnée par M. Venot au second. Quant à la première observation du médecin bordelais, si tant est qu'on puisse donner le nom d'observation au récit que nous allons relater, il a fallu que l'auteur fût en proie à d'étranges préoccupations, pour plier ainsi les faits aux exigences d'une idée préconçue.

OBSERVATION Ire.

« Mme D....., âgée de 38 ans, d'un tempérament nerveux lymphatique, est née à Cayenne ; elle est venue en France très-jeune,

(1) Thèses de Paris, 1824, n° 4 ; *Considérations sur le pneumothorax.*

et habite Paris depuis plus de quinze ans; elle a peu des habitudes qu'ont en général ses compatriotes: l'adresse, l'agilité dont elle est douée la distinguent entre toutes les créoles; mais une vive sensibilité, un cœur ardent, une imagination exaltée, forment la base de son caractère. Elle n'a jamais été sérieusement malade; une variole très-discrète, qu'elle eut à l'âge de 6 ans, et qui ne lui a laissé que de légères traces, est la seule affection dont elle ait eu à se plaindre. On conçoit néanmoins qu'avec le moral précité, M^me^ D..... a souvent eu des maux de nerfs, des migraines, et autres indispositions avouées, pour ainsi dire, par les convenances sociales.

« Du reste, éruption des menstrues à 14 ans; peu ou point de dérangements dans leur flux depuis cette époque, si ce n'est pour trois grossesses terminées toujours heureusement. Il y a dix-huit mois au plus que M^me^ D..... éprouva pour la première fois les symptômes d'une maladie particulière qui, d'après elle, consistait en une oppression très-forte et comme suffocante avec éjection de beaucoup de vents. Ces phénomènes durèrent toute la nuit, mais le lendemain matin la malade était seulement fatiguée; elle dormit une partie de la journée, fut ensuite parfaitement tranquille, et attribua ce dérangement à une indigestion. Un mois et demi après cette époque, un second accès survint. Je fus de suite mandé et j'observai les symptômes suivants : une toux sèche et sonore, un embarras indéfinissable, une gêne d'abord peu considérable, puis plus grande, de la respiration, une véritable dyspnée sans douleur; une vive rougeur de la face; de l'agitation, de la fièvre; quelques *ructus* que la malade rendait avec beaucoup de plaisir. Je ne savais que penser d'un tel état, dont les réponses des assistants et de la malade elle-même ne pouvaient m'apprendre les causes. Je me disposai néanmoins à pratiquer une saignée au bras, dans le but de diminuer la difficulté de respirer, lorsque tout à coup M^me^ D..... rendit par la bouche et par l'anus une telle quantité de gaz, que pendant près d'une heure elle ne fit autre chose. De moments en moments, le mieux se rétablissait et l'acuité diminuait à vue d'œil. Une potion avec l'eau

de tilleul et le laudanum a été ensuite administrée. Les éructations ont été continuées pendant quelque temps encore, et, au bout de deux ou trois heures, la malade était bien. Depuis, elle a eu quatre accès semblables; leur retour n'a rien eu de déterminé ; ils ont eu moins de durée, la malade provoquant la crise au moyen de boissons chaudes, carminatives.

« J'ai plusieurs fois exploré la poitrine de M^me^ D..... ; la percussion m'a souvent donné une sonorité relative qui, sans être pathognomonique du pneumothorax, est indiquée comme un signe de cette maladie. Quant au stéthoscope, le peu de patience de la malade pendant les accès ne m'a pas permis d'en faire une application convenable, et, durant les intermittences, il n'a pu me donner connaissance de la moindre lésion dans les organes respiratoires. C'est ce qui me fit penser que la maladie pouvait tenir au ballonnement spasmodique de l'estomac, noté par plusieurs auteurs. Un examen attentif de l'épigastre, au plus fort même des accès, ne m'a pas permis de conserver longtemps cette idée. Il m'a semblé plus raisonnable de voir dans cette affection un pneumothorax essentiel, que sa périodicité, sa crise, et la constitution du sujet, devaient faire regarder comme produit par l'action nerveuse. M^me^ D..... jouit maintenant de la meilleure santé; elle est encore menstruée. »

OBSERVATION II (1).

« M. J. Cloquet, aux bontés duquel j'aime à rendre publiquement un témoignage de ma gratitude, a trouvé sur le cadavre d'un homme de 30 ans, qui, pendant longtemps avant sa mort, s'était plaint de gêne dans la respiration, un kyste séreux, du volume de la tête d'un fœtus, développé entre la base du poumon droit et le diaphragme. Ce kyste était mince, demi-transparent, parsemé de vais-

(1) Venot, *loc. cit.*, p. 23.

seaux, n'adhérait qu'au diaphragme, et se trouvait distendu, comme un ballon, par un gaz inodore; il ne contenait que quelques gouttes de sérosité. Le poumon était refoulé dans le haut de la poitrine et était parfaitement sain. »

L'observation suivante (1) n'est autre chose qu'une contusion du poumon avec pleurésie circonscrite, abcès des parois thoraciques et ouverture de l'abcès dans le poumon.

### OBSERVATION III.

Phthisie de cause externe; opération de l'empyème.

« Le nommé P....., pêcheur de profession, demeurant hors de Lyon, sur les bords de la Saône, tomba sur la bande d'un bateau, et reçut une violente contusion sur la partie latérale de la poitrine du côté droit. Cette contusion donna naissance à un abcès extérieur, qu'on traita par des applications émollientes; après trois semaines révolues depuis la chute, son chirurgien, qui se disposait à ouvrir bientôt cette tumeur, fut très-surpris un matin de la trouver diminuée de plus de la moitié, et de voir le malade oppressé, avec une toux fatigante, accompagnée de quelques teintes de sang dans les crachats. Je fus appelé, et, ayant trouvé dans les restes de la tumeur une espèce de gargouillement, je pensai que la matière de l'abcès avait usé les muscles intercostaux, et s'était épanchée dans la poitrine, d'autant plus facilement que la violence de la contusion avait pu altérer la trachée-artère et les muscles: en conséquence, je me hâtai d'ouvrir cette tumeur, de laquelle il ne s'échappa que de l'air, quoiqu'il y eût sous la peau une excavation considérable.

« Je cherchais l'ouverture que le pus avait faite, et, l'ayant trouvée, je l'agrandis des deux côtés avec les ménagements que demande l'artère intercostale. Cette ouverture ne donna d'abord issue qu'à

---

(1) Pouteau, *Œuvres posthumes*, t. I, p. 341, obs. 6.

une sérosité écumeuse et sanguinolente, quoiqu'elle eût 1 pouce de largeur. Le pansement fut fait avec une languette de linge effilé de chaque côté et introduite en double. Cette ouverture laissa sortir peu à peu les matières épanchées dans la poitrine, et le malade, auquel je conseillai de manger du cresson de fontaine, fut bientôt rétabli, à cela près que depuis douze ans il n'a pu recouver son premier embonpoint, et qu'il ne lui est plus possible de se livrer aux travaux pénibles de sa profession, sans être arrêté par la toux et une légère oppression. Il est sans doute resté dans le poumon, affecté par l'âcreté de la matière que lui envoya l'abcès extérieur, quelque fâcheuse impression qui en a dérangé l'organisation, sans porter un préjudice notable aux fonctions de la vie.

«Si j'avais vu ce malade dans le commencement, je serais en état de rendre un compte utile des influences que cette tumeur extérieure pouvait avoir sur le poumon avant qu'elle perçât la plèvre; mais je n'eus, sur les questions que je fis, que des réponses très-obscures; ce que j'appris de plus positif, c'est que l'oppression était déjà assez vive avant que la tumeur extérieure disparût; il y a à présumer que le poumon était déjà affecté par ce fâcheux voisinage avant que le pus eût percé la plèvre. Le poumon néanmoins n'avait point contracté d'adhérence, et je suis bien sûr qu'il y eut un vrai épanchement, lequel se vida sensiblement par l'ouverture que je fis entre les côtes. Cependant il est très-possible que cette difficulté de respirer, dans le temps même que la tumeur extérieure avait le plus de saillie, dépendit de celle que l'étendue de l'engorgement extérieur faisait éprouver au malade pour soulever ses côtes, et travailler à l'introduction de l'air dans les poumons. En ce cas, le crachement de sang, la toux fréquente qui suivit l'ouverture que l'abcès se fraya du dehors en dedans de la poitrine, devraient être attribués à l'irritation faite sur la tunique externe des poumons par l'âcreté de la matière qui se répandit sur elle, et qui a porté à cet organe une atteinte dont il se ressentira toujours, sans que la vie en soit abrégée. Ce pus produisit alors le même effet à peu près que

produit une transpiration arrêtée, ou une maladie de la peau refoulée sur quelque partie du poumon, laquelle se trouve plus ou moins violemment irritée par ce refoulement. »

Peut-on davantage considérer comme un pneumothorax essentiel ce fait de Littre, où on peut constater et la perforation du poumon et la perforation de la plèvre?

OBSERVATION IV (1).

« Un homme âgé de 30 ans, d'une constitution fort sanguine, très-charnu et d'une vigueur extrême, reçut un coup d'épée dans la poitrine, dont il mourut cinq jours après; on l'aurait peut-être sauvé, s'il avait voulu souffrir l'opération de l'empyème.

« Durant sa maladie, il lui survint un emphysème d'une grandeur monstrueuse. On le saigna six ou sept fois, parce qu'il crachait du sang, et qu'il ne pouvait respirer qu'en faisant des efforts de la dernière violence, et surtout pendant les derniers jours.

« Le blessé étant mort, j'ouvris son cadavre, j'en examinai principalement trois choses : 1° l'emphysème, 2° les yeux, 3° la poitrine avec la plaie.....

« Je passai à l'examen de la poitrine et de la plaie. Avant que d'ouvrir la poitrine, je fis un trou entre deux côtes, vers leur milieu, faisant presser en même temps la poitrine et le ventre. Il sortit par ce trou, en forme de vapeurs, de l'air en assez grande quantité qui était fort puant. Je fis ensuite l'ouverture de la poitrine. J'observai qu'il y avait dans la cavité droite environ deux poëlettes de sang épanché qui était purulent; que la plaie pénétrait non-seulement dans la capacité, mais qu'elle pénétrait aussi dans un des trois lobes du poumon droit; que les deux lobes où le coup n'avait

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1713, p. 10.

pas porté étaient tendus et un peu enflammés, que le lobe blessé était dur et noirâtre, que la plaie était encore ouverte dans ce lobe, qu'elle avait 7 à 8 lignes de longueur, sur une et demie de largeur, et une de profondeur. Enfin la plaie était aussi ouverte à l'endroit de la plèvre et des muscles intercostaux, mais elle était fermée depuis ces muscles jusqu'à la peau, où il paraissait une espèce de cicatrice d'environ 2 lignes de longueur. »

### OBSERVATION V (1).

*De l'air dans le thorax qui arrêtait la respiration et a causé la mort.*

« Le 18 janvier de l'année dernière, dans notre hôpital de la Charité, mourut un jeune soldat nommé Herzoq. Il était dans sa dix-huitième année ; son corps était musculeux et bien constitué, et sa stature allait à 5 pieds 11 pouces. Pendant dix jours qu'il passa dans cet hôpital, il se plaignit d'une extrême anxiété et difficulté de respirer, ne pouvant le faire que quand il était à son séant dans le lit ; son pouls était fréquent, mais il n'expectorait point de pus ; sa toux n'était même continuelle, ni phthisique. La saignée ne lui procura aucun soulagement, et il en fut de même de tous les remèdes qu'il prit ; au contraire, la difficulté de respirer, allant toujours en augmentant, il y succomba et mourut.

« Avant que d'entrer à l'hôpital, il avait passé dix-sept semaines au lit, se plaignant toujours de la respiration difficile, mais ne pouvant indiquer aucune cause de son mal.

« Je disséquai son cadavre. Ayant ouvert l'abdomen, je trouvai le foie dans un état de dépression, étant placé au-dessous des carti-

(1) Meckel, *Histoire de l'Académie royale de Berlin*, t. XV, p. 42 ; 1759.

lages des côtes de l'hypochondre droit, et même obliquement, en sorte qu'il était plus élevé du côté gauche, et plus enfoncé vers en bas, dans le côté droit; le diaphragme, convexe en bas, s'avançait dans le côté droit, dans la cavité de l'abdomen, au-dessus du lobe droit du foie, de manière qu'il paraissait gonflé comme une vessie au-dessous des cartilages des côtes septième, huitième et neuvième. Par cette raison, le foie, dans ce côté, était déprimé au-dessous de l'hypochondre, son lobe droit s'enfonçant dans la cavité de l'os droit des iles; il était placé sur l'intestin cæcum, la première courbure du côlon étant déprimée dans la région de l'os des iles, au-dessous du lobe droit du foie. De ce côté droit, le côlon passait à la crête de l'os des iles du côté gauche, sous la grande courbure du ventricule, qui s'enfonçait dans le côté droit; puis il remontait derrière le ventricule, dans l'hypochondre gauche, jusqu'à la rate, d'où, faisant une courbure fort aiguë, il descendait, suivant son cours naturel, devant le rein droit. Je soupçonnai que, comme il arrive souvent, la cause de ce phénomène se trouverait dans du pus ou de l'eau répandue dans la cavité du thorax, surtout voyant que le diaphragme, pressé en arrière, s'avançait vers l'abdomen avec l'apparence d'une vessie pleine d'eau. Mais quelle ne fut pas ma surprise quand, après l'ouverture du diaphragme, il sortit avec bruit de l'air du thorax par le plaie faite au diaphragme, qui, de gonflé qu'il était auparavant par en bas, se releva vers le thorax et se relâcha! Dans la cavité même du thorax, à droite, au-dessus du diaphragme, jusqu'à la troisième côte, il y avait un vide que le poumon ne remplissait pas, mais qui était dégagé, sec, et garni partout de la plèvre blanchâtre, et seulement un peu plus épaisse qu'elle n'a coutume d'être naturellement; une mucosité déliée y était répandue par-dessus. Le poumon de ce côté était sec, dense et d'une substance consistante; il ne s'y trouvait aucun air; il était noueux, sans être squirrheux; seulement il était rempli de petits vaisseaux durs et qui se serraient de près; il était un peu adhérent à la deuxième côte par sa partie antérieure, mais le reste était libre; par-dessus,

c'est-à-dire vers le dos, ce poumon se terminait à la septième côte, quoique naturellement il eût dû atteindre jusqu'à la douzième. En soufflant de l'air, même avec la plus grande véhémence, par la trachée-artère, on n'en put point introduire dans le poumon droit, au lieu qu'il entrait fort librement dans le gauche, dont l'état était parfaitement naturel.

« Il paraît donc que l'orifice de la trachée-artère, rempli d'une mucosité assez dense, avait empêché l'air d'entrer et de sortir librement par le conduit bronchial, continuation de la trachée-artère de ce côté-là. Voilà pourquoi l'air renfermé dans ce poumon droit, étant raréfié par la chaleur, brisa ses parois, et ensuite, s'étant répandu dans la cavité du thorax et s'y dilatant par sa propre expansion, il comprima le poumon et y empêcha la circulation du sang aussi bien que celle de l'air, ce qui causa les anxiétés, la difficulté de la respiration, la fréquence du pouls, et enfin la suffotion avec la mort.

« Cette observation, extrêmement rare, n'est pas inutile pour réfuter l'opinion d'un air élastique entre le poumon et la plèvre, nécessaire pour le mécanisme de la respiration. Il est plutôt clair, par le changement dans ce corps, que l'air répandu entre la plèvre et le poumon, bien loin de faciliter la respiration, y mettait obstacle par la compression du poumon. »

Cette observation de Meckel, intéressante pour l'époque où elle a été prise, n'a aucun des caractères de l'affection que nous cherchons à étudier : on ne dit nullement qu'il n'y avait pas de perforation.

III. Quelques autres faits sont des exemples de pleurésie : telle est l'observation suivante de Legroux, citée dans la thèse de M. Saussier.

OBSERVATION VI.

« Un jeune homme de 20 ans entre à l'hôpital le 26 janvier 1823, pour une affection de poitrine caractérisée par de la toux et des pal-

pitations ; au bout de quelque temps il éprouva de la dyspnée, de l'agitation, et mourut avec ces différents symptômes.

« A l'autopsie, on trouva le poumon gauche comme un moignon carnifié, vide d'air ; il n'y avait pas de tubercules, pas d'épanchement liquide, pas d'altération de la plèvre. On n'entendit pas d'air s'échapper, mais le vide qui existait dans la plèvre n'avait pu être rempli que par un gaz. »

Dans certaines pleurésies, la partie supérieure de la poitrine donne une sonorité exagérée : Williams et Skoda, qui ont insisté sur ce son tympanique, en ont donné une théorie différente. Il ne m'appartient pas de discuter la valeur des raisons émises de part et d'autre ; je dirai seulement que le fait clinique a été confirmé depuis par divers observateurs, que M. Roger l'a observé 41 fois sur 51 pleurétiques, enfin que M. le professeur Grisolle lui donne l'appui de son autorité : eh bien, cette exagération du son sous-claviculaire me paraît parfaitement rendre compte de l'observation de M. Dowel, et je crois qu'il est absolument inutile de faire intervenir soit une rupture d'un lobule, soit un tubercule sous-pleural (le malade n'avait aucun signe de phthisie), pour expliquer un pneumothorax dont il n'y avait d'ailleurs aucun symptôme, ni respiration amphorique, ni tintement métallique, ni succussion hippocratique. Une douleur de côté très-vive, annonçant une pleurésie, ne me paraît pas une rareté.

### OBSERVATION VII (1).

Début brusque d'un pneumothorax du côté gauche, produit par la rupture accidentelle d'une vésicule aérienne ; pleurésie ; absence de tubercules. Guérison.

« M' Keogh, âgé de 33 ans, entre à l'hôpital le 3 avril 1848. Il avait toujours joui d'une bonne santé ; deux mois avant son admission,

---

(1) M' Dowel, *On an unusual forms of pneumothorax* (*Dublin hosp. gazette*, 1856, p. 227).

il contracta un rhume, pour lequel il ne fit aucun traitement ; cependant, huit jours avant l'époque de son entrée à l'hôpital, pendant un accès de rire, il sentit comme un déchirement dans le côté gauche ; aussitôt il fut pris de douleurs vives et de dyspnée ; il prit alors le lit. Cet homme ne pouvait se coucher que sur le côté gauche ; le décubitus dorsal ou sur le côté droit lui causant la plus grande anxiété ; jamais d'hémoptysie. Symptômes au moment de l'admission : douleur dans le côté gauche, gênant notablement la respiration ; toux sans expectoration : face anxieuse ; pouls fréquent, dépressible. L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : Le côté gauche présentait un son remarquablement tympanique en avant du sternum, et remplaçait la matité qui existe normalement dans la région précordiale. Le cœur avait subi un déplacement marqué vers le côté droit ; le côté gauche était dilaté, et excédait le droit en circonférence de moins d'un demi-pouce. Il était presque sans mouvement pendant la respiration ; le murmure respiratoire était presque éteint dans le poumon gauche ; mais aucun son anormal ne pouvait être découvert, ni tintement métallique, ni succussion hippocratique, ni respiration amphorique. La plèvre paraissait en conséquence être distendue d'air sans mélange d'aucun liquide.

« Le 13. Toute douleur a disparu, le patient peut se coucher de l'autre côté : la sonorité, quoique encore tympanique, est moins masquée, et le murmure respiratoire est devenu plus distinct ; de la lymphe plastique, épanchée sur les surfaces pleurales, donne lieu à un frottement qu'on peut découvrir sur un point limité. Amélioration rapide. L'air disparut graduellement, le poumon reprit ses fonctions : finalement le frottement ne s'entendit plus, et le malade sortit en parfaite santé, trois semaines environ après son admission. »

IV. Mais ce n'est pas seulement le retentissement skodique qui permet de donner de certains faits, d'une interprétation difficile jusqu'ici, une explication plus acceptable : il est encore un symptôme

dont la présence, dans certaines pleurésies, a dû être une cause d'erreur à une époque où sa signification n'était pas bien établie; je veux parler du souffle amphorique. Un de mes maîtres, M. le Dr Béhier (1), a été un des premiers à signaler ce symptôme, que les travaux de MM. Rilliet et Barthez (2), Landouzy (3) et de Beauvais (4) ont encore fait connaître.

Un fait, que j'ai pu observer cette année, aurait été certainement considéré comme un exemple de pneumothorax essentiel, à une époque où le souffle amphorique était toujours le signe d'un épanchement d'air dans la plèvre ou d'une excavation pulmonaire considérable.

Il s'agissait d'un homme de 29 ans, affecté d'une pleurésie et d'une péritonite tuberculeuses. Pendant le séjour de cet homme à l'hôpital, le côté gauche, c'est-à-dire le côté malade, présenta à la partie postérieure, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, un souffle amphorique très-manifeste; il n'y avait ni tintement métallique ni succussion hippocratique. La dyspnée augmentant, la thoracentèse fut résolue. Avant de faire la ponction, l'existence du souffle amphorique fut de nouveau constatée par toutes les personnes suivant le service. Il ne s'échappa par la canule aucun fluide gazeux; la sérosité était citrine. Quand le liquide fut évacué, on put entendre la respiration normale; le souffle amphorique avait disparu. Le malade mourut subitement trois quarts d'heure après la ponction; et l'autopsie, faite avec le plus grand soin, montra qu'il n'y avait pas d'air dans la plèvre.

---

(1) *Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit* (*Archives gén. de méd.*, 1854).

(2) *Archives gén. de méd.*, 1853, et *Traité des maladies des enfants*, 2e édition; Paris, 1853-1861.

(3) *Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie* (*Archiv. gén. de méd.*, 1856).

(4) *Pleurésie chronique avec épanchement, ayant présenté les signes stéthoscopiques d'une caverne tuberculeuse* (*Gazette des hôpit.*, 1855).

Ce fait me paraît extrêmement concluant, et il me semble presque identique à l'observation du Dr Chalmers, qui date de 1850, et que l'auteur a publiée sous le titre de pneumothorax.

OBSERVATION VIII (1).

« Miss P...., âgée de 26 ans, vint réclamer les soins de la médecine vers la fin du mois d'août 1850. Son teint était blême, ses yeux bordés d'un cercle noir. Depuis quelque temps, elle sentait ses forces diminuer et son énergie se perdre; l'appétit devenait nul et les règles irrégulières. Un an auparavant, elle avait eu une légère hémoptysie, et quelquefois elle avait de la toux sans expectoration. Un frère, âgé de 20 ans, était mort de phthisie; sa mère vivait encore et jouissait d'une bonne santé; son père était mort d'une maladie des reins.

« Quand on la vit pour la première fois, il y avait de la douleur dans le côté droit de la poitrine; les crachats contenaient du sang et l'exercice déterminait d'affreux accès de dyspnée. Les régions sous-claviculaire et sous-scapulaire droite donnaient un son mat, et l'on n'y entendait qu'à peine le murmure respiratoire. On fit usage de quelques purgatifs salins et mercuriaux, du tannin, de l'acide cyanhydrique, de l'huile de croton à l'extérieur, du fer, du quinquina, et on prescrivit un régime tonique. Sous l'influence de ces moyens, la santé générale s'améliora beaucoup, mais les symptômes du côté du poumon ne se modifièrent que fort peu.

« Pendant les mois de septembre, octobre et novembre, il y eut dans le côté des douleurs pleurétiques dont on eut facilement raison. On fit prendre du fer et de l'huile de foie de morue.

« Vers le commencement de décembre 1850, il y eut une nouvelle

---

(1) Chalmers, extrait des *Archives gén. de méd.*, t. I, p. 608, 5e série; année 1853.

pleurésie locale, pendant laquelle M. Hughes fut appelé en consultation. A l'examen qui fut fait en ce moment, on trouva que le côté droit avait une résonnance tympanique dans les régions mammaire et sous-mammaire, assez obscure dans la région sous-claviculaire, et obscure en arrière. On n'entendait plus le murmure respiratoire, qui était remplacé par de la respiration amphorique bien marquée, accompagnée de résonnance métallique de la voix et de la toux; on n'entendait pas de tintement métallique, mais le bruit que produit la succussion était très-manifeste. A gauche, la résonnance à la percussion et les bruits à l'auscultation étaient normaux; les bruits, le rhythme, l'impulsion du cœur, tout cela était normal, et l'organe ne paraissait pas déplacé.

«Les interrogations les plus minutieuses n'apprirent pas que la malade eût eu quelques brusques attaques de dyspnée; mais, quelques jours auparavant, elle avait eu de très-violentes douleurs pleurétiques qui avaient nécessité l'application de vésicatoires. Le diagnostic n'était pas douteux, et tout portait à croire que le pneumothorax et l'épanchement pleurétique étaient dus à l'affection tuberculeuse du poumon. On pensa que l'épanchement augmenterait et que la paracentèse deviendrait nécessaire plus tard. On prescrivit le repos, des toniques, une bonne nourriture, et l'usage de l'huile de foie de morue.

«Vers la fin d'avril 1851, de nouveaux accidents pleurétiques se montrèrent; la dyspnée avait augmenté considérablement. La malade était obligée de garder la position demi-couchée et de rester sur le côté droit. Tout le côté droit de la poitrine était mat, le cœur était fortement rejeté du côté gauche; la succussion ne produisait presque aucun bruit, parce que la cavité de la plèvre était remplie. On retarda encore l'opération de la paracentèse, mais il fallut la faire le 20 mai. On fit la ponction un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate; on retira, au grand soulagement de la malade, 3 pintes d'un liquide jaune et trouble. Le pouls tomba de 110 à 80; le som-

meil, qui avait été troublé, devint profond et réparateur ; la toux et la dyspnée cessèrent.

« Pendant huit ou dix jours, le mieux persista ; mais après on vit revenir la toux et la dyspnée. Au commencement de juillet, il y eut de nouveau des douleurs pleurétiques et de la bronchite. Les vésicatoires et l'opium donnèrent quelque soulagement, mais peu à peu le liquide se reproduisait et s'accumulait dans la plèvre, et l'on vit revenir tous les symptômes que l'on avait remarqués avant la première opération. Les accidents augmentèrent à tel point que, le 24 juillet, il fallut de nouveau avoir recours à la ponction. Elle fut faite au même endroit que la première, et l'on retira plus de 3 pintes de liquide séro-purulent. Il n'y eut aucun accident. On fut très-surpris de voir l'expansion pulmonaire succéder au retrait du liquide, et de ne trouver, ni après l'opération ni trois jours après, aucune trace de gaz dans la cavité de la plèvre ; on entendait même le murmure respiratoire presque jusqu'à la base du poumon. On commença alors à croire que l'ouverture de la plèvre avait été fermée par une matière plastique, ou qu'il y avait eu adhérence des deux plèvres. Il fut dès lors impossible de reconnaître aucun signe de pneumothorax. On mit la malade à l'usage de l'iodure de fer, en même temps qu'on employait quelques autres remèdes lorsque la toux devenait incommode. Les forces revinrent au point qu'elle put, dans le mois de septembre, faire un voyage assez fatigant. Vers la fin du mois d'octobre, il survint dans la hanche une douleur profonde qui augmenta de jour en jour pendant deux mois. On vit alors paraître une tumeur qu'on pensa être un abcès communiquant avec l'intérieur du bassin. Les douleurs devinrent très-cruelles et ne laissèrent aucun repos. Vers le milieu d'avril 1852, l'état de la malade était déplorable : la toux était continuelle, le pouls fréquent et faible, la maigreur extrême. L'examen de la poitrine ne laissait reconnaître aucun épanchement gazeux dans la plèvre, qui contenait une petite partie de liquide ; il y avait du gargouillement au

sommet du poumon droit; l'examen du côté gauche ne fit rien découvrir. Tous les remèdes qu'on employa depuis ce moment furent inutiles, et la malade mourut le 22 mai 1852.

« *Autopsie.* A l'examen de la poitrine, on trouva que le péricarde, non déplacé, contenait environ 6 onces de sérosité jaunâtre. Le cœur était sain. Les plèvres costale et pulmonaire du côté gauche avaient contracté des adhérences si nombreuses et si fortes qu'on déchirait le poumon en voulant l'enlever. Le lobe supérieur du poumon gauche présentait de nombreuses excavations, dont la grandeur variait depuis la dimension d'un pois jusqu'à celle d'une noisette; elles contenaient du pus. Les portions de poumon intermédiaires présentaient les caractères de la pneumonie. Le lobe inférieur contenait plusieurs masses de tubercules grisâtres entourées de portions enflammées. La plèvre droite contenait environ 30 onces de liquide séro-purulent, mais elle ne contenait pas d'air. La partie inférieure du poumon était fortement adhérente. On introduisit un tube de verre dans la trachée et l'on insuffla. Il était évident que l'air s'échappait, mais on découvrit qu'il sortait par une ouverture faite accidentellement à la bronche gauche. Un essai fut fait de nouveau après avoir plongé les parties dans l'eau, et l'on put se convaincre qu'il ne sortait pas une bulle d'air. On passa un stylet dans les tuyaux bronchiques de la portion adhérente, mais on ne put découvrir aucune communication avec l'extérieur. Le poumon insufflé avait une forme globuleuse et des dimensions assez petites, phénomènes dus aux fortes adhérences qu'il avait contractées. Le point qui adhérait fermement présentait une vieille caverne, divisée en deux parties de grandeur égale, entourée en partie par un tissu dur, d'un blanc grisâtre; un des points périphériques n'était clos que par une fausse membrane; cette caverne était remplie d'une substance blanche, d'aspect crétacé et de consistance de bouillie. »

Ici l'étude des symptômes et l'examen anatomique montrent qu'il s'agissait bien nettement d'une pleurésie avec souffle amphorique,

et qu'il n'y avait dans la plèvre aucun épanchement gazeux. Cependant l'existence de la fluctuation thoracique est notée. Je ne chercherai pas à expliquer cette anomalie ; il faudrait ou dire que le fait a été mal observé, ou que la présence de l'air n'est pas nécessaire pour produire la fluctuation thoracique. Cette seconde proposition est inadmissible ; quant à la première hypothèse, on conçoit que j'hésite à me prononcer à cet égard. Quoi qu'il en soit, le fait est bien pour moi un exemple de pleurésie, et la présence de la fluctuation thoracique, admise dans ce cas, aide singulièrement à l'interprétation de l'observation suivante de M. Saussier, où tout me paraît prouvé, sauf la présence de l'air dans la plèvre.

### OBSERVATION IX.

Relation de l'autopsie du malade de M. Saussier (1).

« Cet homme n'était pas tuberculeux, mais il avait une tumeur des bourses d'où sortit un pus moitié tuberculeux. Pendant la vie on avait constaté une pleurésie à gauche, et à droite un pneumothorax, dit l'auteur, sans tintement métallique, mais avec une fluctuation sonore. A l'autopsie, le côté droit était toujours plus développé que le gauche, mais la matité avait beaucoup augmenté, la sonorité ne s'étendant plus qu'au niveau du sein. Une ponction pratiquée au-dessus ne laissa sortir ni gaz ni liquide, parce que le poumon était refoulé et adhérent en cet endroit. Le sternum enlevé, on vit qu'une partie de la région antérieure était vide, et que tout le reste de la cavité était rempli par un liquide séro-membraneux sans odeur. L'insufflation par la trachée ne fit découvrir aucune perforation, le poumon se distendait complétement. »

---

(1) Thèse citée, obs. 10.

## OBSERVATION X (1).

Dothiénentérite; pleurésie et pneumothorax à droite, survenus pendant la marche de l'affection abdominale. Mort.

« Le 28 octobre 1828, a été couchée, dans un des lits de la salle Sainte-Catherine, la nommée C..... (Suzanne), âgée de 10 ans. Cette petite fille, au rapport de ses parents, est malade depuis un mois, époque à laquelle elle fut prise tout à coup de toux, de vomissement et de diarrhée. Le lendemain de l'apparition de ce symptôme, il s'est déclaré une rougeole dont les diverses périodes ont été parcourues en huit jours. Les symptômes fournis par l'appareil gastro-intestinal, qui avaient cessé pendant le cours de l'érythème, reparurent quelques jours après, accompagnés de stupeur, de céphalalgie, et de douleurs vagues dans le ventre. Le 29 octobre, ainsi que les jours suivants, jusqu'au 7 novembre, la malade présenta, avec des nuances légères soit d'exacerbation, soit de rémission, une série de symptômes qui caractérisent les dothiénentérites, fièvres graves ou gastro-entérites, etc. etc.

« Dans la nuit du 6 au 7 novembre, on remarqua plus d'agitation; le matin, l'abattement était plus grand, la respiration parut gênée; cependant les symptômes gastro-intestinaux n'avaient pas augmenté en intensité. Auscultée avec soin, la poitrine fournit le résultat suivant : En arrière et à droite de l'omoplate, on entend un bourdonnement amphorique très-distinct; plus bas on ne perçoit point le bruit respiratoire, qui est encore sensible en avant; la percussion, d'accord avec l'auscultation, très-sonore en haut et mate en bas; en avant elle est sonore. Du côté gauche, l'auscultation et la percussion ne font connaître rien de nouveau. Quoiqu'on n'ait entendu antérieurement ni respiration caverneuse, ni gargouillement,

---

(1) Maréchal, *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 116; année 1829.

ni pectoriloquie, on crut avoir là une pleurésie déterminée par la rupture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre. En conséquence, on porta le pronostic le plus fâcheux sur l'état de cette enfant, qui, avant cette complication, était loin d'être désespéré. La gravité du pronostic se réalisa promptement, car la malade mourut trois jours après l'invasion du pneumothorax.

« *Autopsie.* — *Thorax.* La percussion, pratiquée avant de procéder à l'ouverture de la poitrine, est beaucoup plus sonore à droite qu'à gauche. On plonge ensuite la lame d'un bistouri entre la quatrième et la cinquième côte ; il en sort aussitôt par l'ouverture, avec beaucoup de bruit, un gaz inodore, dont l'existence est encore constatée par la sensation qu'il détermine sur la main placée au-devant de l'ouverture; le sternum étant enlevé, on put voir le poumon droit comprimé et un peu refoulé contre la colonne vertébrale. Il ne remplit pas entièrement la cavité de la plèvre, qui est vide en avant et contient inférieurement quelques cuillerées d'une sérosité purulente, grisâtre. Ainsi qu'on l'avait diagnostiqué pendant la vie de l'enfant, il y avait bien un épanchement d'air et de pus; il ne s'agissait plus que de trouver l'ouverture qui avait livré passage à l'air. Pour cela faire, on a insufflé sur place le poumon, à plusieurs reprises, et toujours on a obtenu le même résultat ; les lobes supérieur et inférieur se sont laissé distendre et sont restés distendus, le lobe moyen n'a été que très-peu distendu. Pendant ces insufflations on n'a pas vu bouillonner le liquide contenu dans la cavité pleurale. Examinée avec soin, la surface extérieure du poumon n'a laissé voir aucune inégalité qu'on pût rapporter à une déchirure de la plèvre. Les lobes supérieur et inférieur du poumon droit sont rosés, crépitants dans toute leur étendue ; le lobe moyen est en partie splénisé ; on retrouve cependant encore quelques points crépitants : le poumon gauche est souple et crépitant dans toute son étendue, excepté postérieurement, où l'on trouve deux plaques violacées, dont le tissu offre un engouement manifeste. »

Il n'y a eu ni tintements métalliques, ni succussion hippocratique : au point de vue symptomatologique, cette observation paraît un exemple type de pleurésie avec respiration amphorique. — Quant au gaz qui s'échappa du thorax, ne pouvait-il pas provenir de la putréfaction des liquides *post mortem*, ou de la blessure du poumon par le bistouri qui a ouvert l'espace intercostal ? Les détails manquent sur ce point intéressant.

Les mêmes réflexions sont également applicables à l'autre fait de Maréchal (1). Si l'interprétation de l'auteur était juste, il serait bien extraordinaire qu'il n'eût eu, dans aucun de ces deux cas, ni tintement métallique, ni succussion hippocratique.

## OBSERVATION XI.

« M..... (Sophie), âgée de 10 ans, est conduite à l'hôpital des Enfants, et couchée dans la salle Sainte-Catherine, le 19 novembre 1828. Ses parents nous apprennent qu'elle tousse depuis douze jours ; qu'elle souffre du côté gauche en toussant ; qu'au début de sa maladie elle a eu du délire, et enfin que 20 sangsues lui ont été appliquées, tant à l'épigastre qu'au côté douloureux. A la visite du lendemain, la malade présenta les symptômes suivants : décubitus dorsal, face pâle ; pouls petit, battant cent fois par minute ; respiration gênée, difficile. Percussion du thorax sonore en avant, en arrière, et sur le côté à droite ; mate en arrière et sur le côté inférieurement à gauche, très-sonore en avant et en haut en arrière. Expansion pulmonaire franche, sans râle, à droite ; expansion nulle à gauche dans tous les points, soit ceux où la percussion est mate, soit ceux où elle est très-sonore. Retentissement très-fort de la voix du même côté de la poitrine, et bourdonnement amphorique bien manifeste dans les parties où la percussion donnait un son très-clair. Langue pâle,

(1) *Loc. cit.*, p. 119.

ventre indolent, peu de diarrhée. (Vésicatoire sur le côté malade.) Malgré l'absence des caractères propres à la phthisie, on crut encore avoir affaire à une communication des bronches avec la plèvre, et en conséquence on porta un pronostic fâcheux. Pendant une quinzaine de jours, l'état de la malade resta stationnaire ; la percussion et l'auscultation donnaient les mêmes résultats ; quelquefois cependant le bourdonnement amphorique n'était pas aussi manifeste. Mais, dans les huit derniers jours, il se fit entendre dans une étendue plus considérable ; la respiration devint plus laborieuse ; la malade fut obligée de rester couchée sur le côté affecté, qui devint insensiblement le siége d'une infiltration, portée à un haut degré le jour de la mort. A ces symptômes se joignirent de la diarrhée, et un affaiblissement de plus en plus marqué, auquel elle succomba le 9 décembre, vingt-cinq jours au moins après l'invasion du pneumothorax.

« *Autopsie.* — *Thorax.* On a répété sur le cadavre la percussion du thorax, et on a pratiqué une ponction dans l'intervalle de la quatrième et de la cinquième côte; la percussion était très-sonore, le gaz en s'échappant produit un bruit très-marqué, et peut être senti par la main placée à une petite distance au-devant de la ponction. La cavité de la plèvre gauche était remplie, en parties à peu près égales, par le poumon refoulé en dedans par un épanchement purulent à la partie inférieure et postérieure, et par l'air qui s'est échappé. Une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur, très-consistante sur le poumon, et plus molle sur la paroi thoracique, recouvre la plèvre, quiest très-injectée dans sa portion pariétale. L'existence d'un épanchement aériforme dans le côté gauche de la poitrine ne peut donc être mise en doute. Persuadés toujours que dans la cause de cet épanchement était une communication des bronches avec la plèvre, nous avons à plusieurs reprises aussi insufflé de l'air avec force dans le poumon : le liquide n'a point bouillonné ; le poumon, ne pouvant plus donner entrée à l'air, est resté refoulé contre la colonne vertébrale. Après avoir enlevé la fausse membrane qui le tapisse dans toute son étendue, nous avons cherché en vain une

déchirure de la plèvre; sa surface extérieure était partout très-lisse. Ce poumon est complétement carnifié, il ne contient pas d'air; les bronches sont singulièrement aplaties. A droite le poumon offre dans ses trois lobes des noyaux de substance hépatisée. Les ganglions bronchiques, très-volumineux, sont d'un rouge tirant sur le gris, et ramollis à leur centre. »

V. Les observations que nous plaçons dans notre quatrième classe sont des cas de pneumonies ou de pleuropneumonies. C'est ici que viennent se ranger les deux faits de Graves.

OBSERVATION XII (1).

«Je fus un jour mandé par le Dr Dwyer pour voir un jeune homme qui avait un léger mouvement fébrile accompagné de toux. L'auscultation et la percussion démontraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était sur la limite de l'hépatisation; on percevait en effet à ce niveau de la matité, de la respiration bronchique, du râle crépitant très-obscur et de la bronchophonie. La matité n'existait sur aucun autre point du poumon gauche; loin de là, la partie antéro-inférieure donnait à la percussion une sonorité exagérée, surtout dans la partie occupée normalement par le cœur. Il était clair que l'inflammation du lobe inférieur n'était compliquée d'aucun épanchement liquide. Aussi étions-nous grandement surpris de trouver le cœur déplacé; il battait tout auprès du mamelon du côté droit.

«Si ce déplacement eût été dû à un épanchement pleural du côté gauche, le liquide aurait dû être très-abondant; il aurait nécessairement occupé la région précordiale et l'espace laissé libre par le refoulement du cœur de gauche à droite. Je n'ai pas besoin de vous dire que le cœur ne peut être ainsi refoulé à droite par un épanche-

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, trad. de Jaccoud, t. II, p. 107.

ment pleurétique gauche, sans que nous constations une matité étendue et les autres signes physiques d'un empyème dans la région antéro-inférieure gauche du thorax. Personne n'a jamais vu le cœur refoulé à droite par un liquide, sans avoir noté en même temps l'existence de ces phénomènes physiques dans une étendue considérable du côté gauche de la poitrine. Or, chez le jeune homme dont je vous parle, le cœur était déplacé et nous ne trouvions pas un seul des signes d'un épanchement liquide à gauche. Quelques-uns des médecins qui avaient examiné le malade émirent l'opinion que le refoulement du cœur était dû à la distension de l'estomac par des gaz. Mais les rapports anatomiques de ces deux organes ne permettent pas d'accepter cette interprétation, etc..... Voici quel est, à mon sens, la seule interprétation possible de ce phénomène : le cœur était refoulé par des gaz sécrétés dans la cavité pleurale gauche; cette sécrétion était le résultat d'une pleurésie légère qui compliquait l'inflammation pulmonaire. Les signes physiques auxquels devait donner lieu une telle altération étaient précisément ceux que nous observions ici. Notez en outre que la phlegmasie parenchymateuse se termina par résolution après avoir parcouru ses phases habituelles, et que le cœur revint à sa position normale plusieurs jours avant que la résolution fût complète; nous pouvons aisément nous rendre compte de ce fait en admettant, supposition toute naturelle, que l'absorption de l'air épanché devait être beaucoup plus facile et beaucoup plus rapide que le retour du tissu pulmonaire à ses conditions naturelles. »

OBSERVATION XIII (1).

« Le Rév. M..... est âgé de 40 ans, il a la poitrine large et bien développée, il est d'une constitution robuste. Après s'être exposé au froid, il fut pris de toux et de douleur dans le côté droit; bientôt il

(1) Graves, *loc. cit.*, p. 112.

rendit des crachats sanguinolents ; en un mot, il fut atteint d'une pneumonie très-intense, qui, après avoir envahi d'abord le lobe inférieur du poumon droit, se propagea rapidement de bas en haut, de sorte que l'organe tout entier fut bientôt compromis. Au début, le lobe inférieur, gorgé de sang, était complétement imperméable à l'air : aussi toute la partie correspondante du thorax était mate à la percussion ; la partie supérieure de ce même côté était aussi sonore que le côté sain (gauche). Tel était l'état des choses au troisième jour de la maladie. Le matin du quatrième jour, une modification remarquable avait eu lieu : la matité du lobe inférieur, en avant, était toujours la même, et en vérité elle n'aurait pu augmenter ; mais un peu plus haut, depuis la région mammaire droite jusqu'à la clavicule, la sonorité, qui était normale le jour précédent, était exagérée; le son obtenu par la percussion était profond et creux. Ce phénomène nous frappa d'autant plus, sir Henry Marsh et moi, que douze heures auparavant nous n'avions rien constaté de semblable. D'une autre part, on n'entendait pas à ce niveau le bruit respiratoire; nous fûmes donc amenés à conclure que le poumon avait été refoulé en arrière par de l'air épanché dans la cavité de la plèvre.

« Comme le poumon droit était seul compromis, nous avions un excellent point de comparaison dans l'examen du côté gauche de la poitrine : ici la sonorité était naturelle ; le son obtenu par la percussion était beaucoup moins clair qu'au niveau du lobe supérieur du poumon droit; de plus, la respiration présentait partout, à gauche, le caractère puéril. Nous avions donc évidemment sous les yeux un pneumothorax occupant une portion considérable de la cavité pleurale. Mais quelle était la source du gaz ? Voilà ce qui n'était pas aussi clair. Je citai à sir Henry Marsh le fait que je vous ai rapporté tout à l'heure ; et, après un examen minutieux, il tomba d'accord avec moi, pour assigner au pneumothorax la même origine, à savoir : la sécrétion du gaz par la plèvre. Notre malade avait une poitrine d'un développement remarquable; il était d'une constitution très-solide, et jusqu'alors il avait constamment joui d'une

bonne santé. Dans de telles conditions, la préexistence de tubercules était fort improbable, la présence d'un abcès tuberculeux était presque impossible; il fallait donc rejeter l'hypothèse d'une fistule pleuro-bronchique, et, comme je vous l'ai dit, nous nous arrêtâmes à l'idée que ce pneumothorax était le résultat d'une sécrétion subite du gaz. La justesse de cette interprétation a été démontrée au delà de toute évidence soit par la marche ultérieure de l'affection, soit par la guérison rapide et complète du malade. A notre visite suivante, seize heures plus tard environ, toute la région qui nous avait présenté une sonorité exagérée nous donnait une matité absolue; on y entendait un murmure respiratoire obscur et quelques râles. Ces râles étaient évidemment tout près de l'oreille, si je puis ainsi dire; ils nous démontraient que l'air si sondainement épanché avait été absorbé avec une égale rapidité, et qu'il était remplacé par le poumon congestionné et enflammé. Sous l'influence d'un traitement convenable, la matité commença à diminuer au bout de quatre ou cinq jours; un peu plus tard, elle avait entièrement disparu. En même temps, le bruit respiratoire devenait plus net et plus marqué; bientôt notre malade fut parfaitement guéri. »

On pourrait objecter à ces faits l'absence de démonstration anatomique; de plus, Graves, dans la première observation comme dans la seconde, ne s'appuie, pour diagnostiquer le pneumothorax, que sur deux symptômes : le déplacement du cœur et le son tympanique dans la région précordiale. Or voici l'interprétation que donne de ces deux symptômes mon ami le Dr Jaccoud dans les notes dont il a fait suivre ces observations : « Le premier phénomène s'explique par l'augmentation de volume du lobe inférieur du poumon sous l'influence de la fluxion inflammatoire dont il était le siége. Si l'on songe à la turgescence et à la densité considérables que présente le parenchyme pulmonaire enflammé, si l'on se rappelle que dans certains cas l'organe se trouve pour ainsi dire à l'étroit dans la cavité thoracique, et qu'on retrouve à sa surface l'empreinte des

côtes contre lesquelles il a été refoulé (P. Frank, Pinel, Bricheteau, Sestier), on n'hésitera pas, ce me semble, à accepter cette manière de voir. Pour ce qui est de la sonorité exagérée dans la région antéro-inférieure du thorax à gauche, c'est un de ses sons tympaniques dont le bruit skodique sous-claviculaire est le type bien connu. Mais, pour que le son tympanique se produise dans la pneumonie, il faut que le poumon ne soit qu'en *partie* privé d'air; il ne doit pas être hépatisé complétement. Cette circonstance se rencontre dans le fait dont nous parlons. Graves dit que ce poumon était sur la limite de l'hépatisation.» La seconde observation de Graves est tout à fait susceptible de la même interprétation. Quant aux observations de Stokes, d'Hudson, de Durrant, ce sont encore des exemples de pneumonie ou de pleuro-pneumonie.

OBSERVATION XIV (1).

«Une femme, longtemps adonnée à l'usage des boissons spiritueuses, fut prise d'une pneumonie typhoïde fort sévère : le poumon devint rapidement hépatisé. Le 8e ou le 9e jour de la maladie, la partie antéro-supérieure du côté gauche, qui était complétement mate la veille, donna un son clair, sonore, tympanique, semblable à celui qui est produit par l'estomac distendu au plus haut degré. Cette sonorité s'étendait de la clavicule à la région cardiaque; immédiatement au-dessous de la clavicule, un léger mouvement vésiculaire pouvait être entendu, tandis que vers la huitième côte on percevait le bruit de frottement. Le lendemain, la clarté tympanique s'était étendue à la partie supérieure de la poitrine; mais, le jour suivant, tout avait disparu, et il y avait de nouveau matité avec absence de murmure respiratoire. Ce malade guérit, mais eut une convalescence très-longue, ce qui est la règle dans la pneumonie typhoïde.»

(1) Stokes, *Diseases of the chest*, p. 334; Dublin, 1837.

OBSERVATION XV (1).

« Le Dr Hudson rapporte un cas dans lequel le son donné par la percussion fit supposer qu'un abcès du poumon s'était ouvert dans la plèvre : ce poumon fut ponctionné d'après ce signe, mais il ne sortit pas d'air.

« L'autopsie montra les surfaces pleurales largement adhérentes, et le poumon rouge et solide. »

La relation de cette observation est fort incomplète, mais je n'ai pu me procurer le *Dublin journal,* VII, auquel renvoie Markham. Stokes d'ailleurs (2), qui a été témoin de ce fait, n'admet pas l'interprétation que lui a donnée Hudson.

OBSERVATION XVI (3).

Observation d'un cas de pneumonie avec sécrétion d'air dans la cavité de la plèvre ; guérison.

« L....., 34 ans, tempérament lymphatique, est pris, après s'être exposé au froid, d'un frisson qui est suivi de tous les symptômes ordinaires d'une pneumonie aiguë du lobe inférieur du poumon gauche. A l'examen, on trouve les phénomènes généraux et ceux de l'auscultation très-tranchés ; déjà la pneumonie était passée à l'état d'hépatisation sur un point autour duquel l'existence de la crépitation indiquait que la maladie continuait à faire des progrès. On avait employé deux saignées du bras, une application de sangsues, l'émétique à haute dose, et enfin les vésicatoires. Ces moyens avaient dissipé promptement les symptômes les plus aigus ; déjà on enten-

(1) Hudson, citation empruntée à Markham (*Monthly journal medic. science*, 1853, p. 496).

(2) *Diseases of the chest*, p. 332 ; Dublin, 1837.

(3) Durrant, *Gazette médic.*, 1841, p. 662.

dait la respiration de retour dans la partie du poumon malade, quand, à la suite d'un léger excès dans le régime ou de quelque autre cause, la maladie reparut avec une aggravation notable de tous les symptômes.

« La dyspnée était intense ; le pouls petit donnait 96 ; la toux fréquente et déchirante ; l'expectoration peu abondante, d'un vert jaunâtre, d'une odeur fétide et muco-purulente ; la douleur était continue et ne permettait pas au malade de se coucher sur le côté affecté. A la percussion, on trouvait une sonorité tympanique entre les 5$^{e}$ et 7$^{e}$ côtes du côté gauche, où l'on ne trouvait aucune trace de bruit respiratoire, tandis qu'on le retrouvait sur le reste du poumon avec quelques bulles de râle muqueux. Sur la partie malade, en avant et en arrière, on entendait une bronchophonie distincte approchant beaucoup de la pectoriloquie. Pendant un jour, on entendit avec chaque battement du cœur un bruit de soufflet peu fort, et qui cessait d'être perceptible à peu de distance du cœur.

« Le malade fut de nouveau soumis au traitement par l'antimoine, qui amena une légère amélioration dans quelques symptômes ; mais la toux, la douleur du côté et la fétidité de l'haleine, continuèrent encore ; le pouls, de 90 à 100, était petit et irritable. La lésion locale était restée au même degré, et au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche on entendait une égophonie imparfaite

« On eut recours de nouveau à une application de sangsues, suivie d'un vésicatoire, puis à un traitement mercuriel combiné avec la digitale, la poudre de Dower et l'iodure de potassium. Le mercure eut bientôt réagi sur l'économie, et détermina en peu de temps l'ulcération des gencives, une éruption cuivreuse sur les jambes et la salivation. Sous l'influence de ce traitement les symptômes diminuèrent graduellement, l'égophonie passant à la bronchophonie, et le bruit vésiculaire normal revenant graduellement dans la partie du poumon qui avait été malade. Ce malade a fini par guérir complétement, bien qu'avec lenteur. »

VI. Jusqu'ici nous n'avons pas admis, dans les différents faits que nous venons de passer en revue, la présence de l'air dans la cavité pleurale; maintenant nous allons nous trouver en face d'observations d'un autre ordre : il y avait bien évidemment de l'air dans la plèvre, mais la perforation avait été méconnue. C'est ici que doit être placée l'observation de Laënnec; nous invoquerons, à l'appui de notre manière de voir, l'autorité de M. le professeur Andral qui a donné du fait de Laënnec la même explication. M. Andral a publié lui-même une observation de pneumothorax essentiel, mais il est revenu sur sa première interprétation. C'est encore dans ce groupe que nous paraît être placé le cas de M. Henri Gintrac.

OBSERVATION XVII (1).

« M. C...., médecin de la Faculté de Paris, âgé d'environ 36 ans et doué d'une assez forte constitution, fut atteint, vers la fin de mai 1822, de fièvre avec coliques et diarrhée très-peu abondante, affection à laquelle il était sujet et dont il éprouvait ordinairement quelque atteinte tous les ans. Il se fit faire, dans les quatre premiers jours, deux applications de 15 ou 20 sangsues sur l'abdomen. Les coliques diminuèrent; mais la fièvre persistant avec des redoublements très-forts, le malade me fit appeler le 27 mai. Je le trouvai avec une fièvre assez intense, le ventre un peu météorisé, résonnant par la percussion, et un peu sensible à la pression. Il avait conservé assez de force pour pouvoir passer une partie de la journée levé. Je prescrivis une nouvelle application de 18 sangsues; la fièvre, devenant manifestement intermittente, nécessita l'emploi du quinquina; les accès cessèrent.

« Vers le huitième jour de cette fausse convalescence, visitant un soir le malade, qui se regardait comme à peu près rétabli, je crus

(1) Laënnec, t. II, p. 263, 2e édition, obs. 37; 1826.

m'apercevoir que la respiration était plus fréquente que de coutume. J'explore la poitrine, et je trouve tous les signes d'une pleurésie aiguë du côté gauche, absence complète de la respiration et dusson, égophonie légère quant à l'intensité du son, mais d'un timbre très-aigre et très-chevrotant dans toute l'étendue de ce côté, et même dans les points correspondants au sommet du poumon. Je n'avais jamais rencontré une égophonie aussi étendue, et je ne pus m'en rendre raison qu'en admettant que le poumon, adhérant d'ancienne date à la plèvre costale par quelques points isolés, ne pouvait être écarté que médiocrement des parois de la poitrine par le liquide épanché. Cette pleurésie était d'ailleurs des plus latentes. Il n'y avait ni point de côté, ni sentiment d'oppression. Le malade n'avait d'autre toux que la petite toux très-rare et sèche qui accompagne presque toutes les fièvres continues, et l'accès même des intermittentes.

«Je fis appliquer 12 sangsues sur le côté gauche. Les jours suivants, l'égophonie diminua, et disparut peu à peu dans la moitié supérieure de la poitrine ; chaque jour, le point où on commençait à l'entendre se trouvait un peu plus bas. Le son donné par la percussion redevenait naturel dans les parties abandonnées par l'égophonie, mais la respiration ne s'y entendait plus du tout, quoiqu'on l'entendît encore très-faiblement, il est vrai, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, où l'égophonie était toujours très-marquée et le son tout à fait mat. A ces signes, je reconnus un pneumothorax qui venait se joindre à l'épanchement pleurétique. Je ne voulus point confirmer ce diagnostic par la succussion hippocratique, de peur d'effrayer le malade. Le côté affecté ne présentant d'ailleurs aucune dilatation apparente, et le tintement métallique n'existant pas, j'en conclus que le pneumothorax n'était pas l'effet d'une fistule pulmonaire, mais le produit d'une exhalation de la plèvre, et que le liquide séro-purulent était absorbé à mesure que l'épanchement aériforme augmentait. Cette dernière circonstance était au reste tout à fait évidente, puisque l'égophonie et le son mat reculaient, pour ainsi dire, chaque jour devant le pneumothorax.

« Vers le quinzième jour après l'apparition de la pleurésie et le trentième depuis l'invasion de la fièvre, l'égophonie et le bruit respiratoire ne s'entendaient plus que dans la partie moyenne du dos. La moitié antérieure supérieure gauche de la poitrine donnait, par la percussion, un son évidemment plus clair que le côté opposé. La respiration ne s'entendait aucunement dans les parties inférieures de la poitrine. Cependant le malade, s'affaiblissant de plus en plus, succomba, le 17 juillet, vers le cinquante et unième jour de la maladie.

« *Autopsie.* A l'instant où le scalpel pénétra dans le côté gauche de la poitrine, il s'échappa avec sifflement une assez grande quantité de gaz inodore. En disséquant attentivement la plèvre, on trouva quelques petites masses tuberculeuses de la grosseur d'une lentille ou d'un grain de chènevis, mais en général d'une forme aplatie, adossées à sa face externe ou adhérente. Le poumon, comprimé et aplati de manière à offrir deux fois l'épaisseur de la main, était d'ailleurs sain et ne contenait aucun tubercule; son tissu, flasque et mou, était teint d'une couleur violette assez uniforme.

« Le poumon droit présentait des tubercules : les uns étaient gris, les autres présentaient un point jaune et opaque vers le centre; au sommet, se trouvait une petite excavation aux trois quarts pleine de matière tuberculeuse ramollie et puriforme; elle aurait pu contenir une petite noisette. »

## OBSERVATION XVIII (1).

Épanchement pleurétique avec pneumothorax, et tubercules pulmonaires et intestinaux.

« Un Allemand, âgé de 35 ans, était déjà enrhumé depuis plusieurs

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. IV, p. 514, 4e édition.

mois lorsqu'il entra à la Charité. Il présenta alors tous les caractères d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré. Quinze jours environ après son entrée, dans la nuit du 11 au 12 juillet, il fut pris tout à coup d'une vive douleur au-dessous du sein gauche; en même temps, gêne extrême de la respiration. Dans la matinée du 12, persistance de la douleur, léger râle crépitant en arrière, à gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; partout ailleurs bruit respiratoire fort et net; pouls dur, fréquent; peau brûlante (24 sangsues sur le côté). Une heure après la visite, le malade expectora une grande quantité de sang écumeux et vermeil.

« Le 13. Continuation de l'hémoptysie; disparition de la douleur, persistance de la dyspnée et de la fièvre.

Le 16. Nouveau crachement de sang qui cesse dans la journée. Jusqu'à cette époque, la poitrine, percutée, avait présenté partout sa résonnance naturelle; le bruit respiratoire s'était partout entendu d'une manière nette, excepté à gauche, en quelques points, où l'on entendait un mélange de râles muqueux et crépitants, résultat probable de la présence de quelques petites cavités tuberculeuses.

« Le 17. Le bruit respiratoire ne s'entend plus à gauche et en arrière, bien que, dans cette même étendue, la sonorité de la poitrine fût beaucoup plus grande qu'à droite, ce qui n'avait pas lieu les jours précédents. Le lendemain, il y avait aussi, sous la clavicule gauche, absence complète du bruit respiratoire et en même temps grande sonorité.

« Jusqu'au 28, pas de changements. Ce jour-là on reconnut pour la première fois l'existence d'un son mat à gauche, en arrière, depuis la partie inférieure de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. En même temps, on entendit très-distinctement la succussion hippocratique.

« Dans le cours du mois d'août, progrès de l'épanchement.

« Dans les premiers jours du mois de septembre, le flot de liquide cesse de se faire entendre.

« Mort le 12.

« *Ouverture du cadavre.* Le thorax paraissait un peu plus bombé à gauche qu'à droite; mesuré, le côté gauche fut trouvé en effet plus large de 5 lignes. Une incision légère ayant été faite à un des espaces intercostaux supérieurs du côté gauche, aucun sifflement ne se fit entendre, aucune bulle d'air ne s'échappa; 1 litre et demi environ de sérosité citrine mêlée à des flocons albumineux, remplissait la plèvre gauche. Les deux surfaces costale et pulmonaire de cette membrane étaient tapissées par des concrétions albumineuses étendues en pseudo-membranes. Des adhérences assez solides formant des brides longues de plus de 2 pouces unissaient aux côtes le sommet du poumon. Le poumon, qui était fortement comprimé, se laissa facilement distendre par l'air qu'on y insuffla. Il contenait, ainsi que le droit, de nombreux tubercules, dont plusieurs étaient ramollis. »

OBSERVATION XIX (1).

« La nommée Anne C..... éprouva une douleur vive au côté droit le 2 mars; elle entra à l'hôpital le 9. L'oppression devint plus vive le 12. La malade offrait alors les signes suivants : un son très-clair, comme tympanique, se faisait entendre à la partie moyenne et antérieure du côté droit du thorax; en bas, il y avait de la matité; du même côté, en haut et en avant, respiration amphorique bien caractérisée; en bas et en arrière, égophonie; à gauche, sonorité presque normale; quelques râles muqueux; dilatation évidente de la moitié droite du thorax; bombement des espaces intercostaux, etc. Tous ces caractères furent constatés plusieurs fois; il s'y joignit pendant quelques instants seulement, quatre jours avant la mort, un léger tintement métallique qui ne s'entendait que pendant la toux.

« Mort le 17.

« *A l'autopsie*, la plèvre, mise à nu, parut distendue, divisée; on

(1) Henri Gintrac, extr. du *Journal de méd. de Bordeaux*, 1845, p. 327.

vit immédiatement un espace vide assez considérable qui la séparait du poumon ; celui-ci était refoulé contre la colonne vertébrale ; la plèvre, dans presque toute son étendue, était tapissée par des couches de fausses membranes qui se détachaient avec facilité ; celles-ci étaient blanchâtres, plus épaisses à la face interne du poumon. Vers la partie la plus déclive, la plèvre contenait 1 demi-litre de sérosité verdâtre, sans flocons albumineux ni matière purulente ; ce liquide ne paraissait avoir subi aucune décomposition. Les poumons, insufflés, ne laissaient pas échapper à leur surface une seule bulle de gaz. A la partie moyenne du bord externe du poumon droit existaient quatre légères saillies formées par autant de tubercules du volume d'un pois, logés dans l'épaisseur du parenchyme pulmonnaire, mais en contact avec la plèvre viscérale, un peu altérée en cet endroit ; la matière tuberculeuse était légèrement ramollie. Après l'avoir enlevée, on s'assura que les quatre petites cavités n'avaient aucune communication avec les rameaux bronchiques : une nouvelle insufflation pulmonaire en donna la preuve positive, etc. »

Le fait de Legendre (1) a été considéré comme un cas de pneumothorax essentiel, parce qu'il était un exemple de pneumothorax guéri ; mais il n'y a pas eu d'examen anatomique, et, comme le malade était manifestement tuberculeux, l'hypothèse d'un tubercule sous-pleural me semble bien plus admissible.

L'observation suivante, étant encore un exemple de guérison au moins momentanée, a été encore, pour cette même raison, regardée comme un cas de pneumothorax essentiel.

### OBSERVATION XX.

« Le malade dont parle Biermer, dans le journal de Wursbourg, année 1860, page 385, était un jeune homme de 19 ans qui

---

(1) *Union médicale*, 1855, p. 94.

fut pris, au milieu d'un bal, d'une douleur dans le côté, avec dyspnée assez marquée. La douleur fut assez vive pour que le jeune Karl fût obligé de quitter la réunion où il se trouvait; il resta chez lui très-souffrant, et, ne voyant pas d'amélioration dans son état, il manda, le 3 février 1847, cinq jours après le début de la maladie, M. Biermer, dont le diagnostic ne fut pas établi immédiatement. Ce médecin hésita entre une pleurésie avec souffle amphorique et un pneumothorax. La constatation du tintement métallique, devenue plus évidente le lendemain, fixa plus nettement le diagnostic. Cependant ce jeune homme toussait depuis longtemps, il avait notablement maigri, quoiqu'on ne pût constater aucun signe évident de tuberculisation. Les symptômes du pneumothorax se dissipèrent graduellement, et le malade fut considéré comme guéri le 25 mars. Biermer le revit le 10 septembre : le côté malade n'était pas encore revenu à ses dimensions normales; en outre ce jeune homme toussait toujours, il avait continué de maigrir; cependant on ne put encore, à cette époque, constater aucun signe évident de tubercules. »

Dans ce fait, que Biermer ne cite pas comme un exemple de pneumothorax essentiel, mais qu'il rapporte à l'appui de l'opinion qu'il professe sur la possibilité de guérir le pneumothorax, il est probable qu'un tubercule sous-pleural aura perforé la plèvre, ou bien encore qu'un lobule pulmonaire se sera rompu, comme dans le fait de Ferrari, qui rentre dans la classe que nous allons maintenant examiner.

VII. Un lobule pulmonaire peut se rompre, et la perforation n'être plus due à un tubercule sous pleural; elle succède quelquefois à un effort, comme dans l'exemple de Ferrari, ou bien sa cause n'est pas connue, comme dans les cas de Combalusier, de Ricker et de Rauking; enfin la présence d'hydatides dans le poumon peut rendre compte d'une ancienne perforation déjà cicatrisée.

## OBSERVATION XXI.

Pneumothorax guéri par la ponction par M. Ferrari (1).

« Jeune homme de 16 ans. Il enleva d'un seul effort sa charge près de sa maison et la jeta par terre; aussitôt il sentit une douleur aiguë dans le côté droit, comme si un dard l'eût traversé, et porta la main sur le point douloureux, mais la douleur s'évanouit à l'instant; il rentra chez lui, se coucha, mais il fut réveillé dans la nuit par une violente douleur dans la poitrine et menace de suffocation; position assise dans le lit, efforts de respiration, douleur au côté droit de la poitrine, congestion de la face, fièvre.

« Dans la cavité thoracique, respiration naturelle très-large à gauche, limitée, profonde et bronchiale à droite. Le lendemain, point de changement; la percussion donne à droite un son beaucoup plus clair.

« Le jour suivant, il est très-clair à droite, normal à gauche; à droite, thorax changé de forme, côtes écartées, espaces intercostaux soulevés, thorax plus élevé qu'à gauche et comme gibbeux; silence à droite, respiration naturelle à gauche. Diagnostic pneumothorax. Il y avait aussi du liquide dans la plèvre, attesté par la matité à la base et par le gargouillement perçu en auscultant et en secouant le malade. L'auteur se rend compte de cet état par une déchirure de quelques vésicules pulmonaires et de la plèvre dans l'effort fait par le sujet et par l'épanchement de l'air dans la cavité thoracique. On se décide pour la thoracentèse. L'opération est faite le lendemain. On introduit un trois-quarts fin au-dessous de la mamelle droite; de l'air sort par la canule et quelques gouttes de sérosité limpide. Peu après le malade dit qu'il respirait mieux. Dans la journée même, plus de gibbosité, respiration libre, circulation régulière. Au bout de quelques jours, guérison parfaite. »

---

(1) *Gazette médic.*, 1856, p. 163.

OBSERVATION XXII (1).

« Il y a quelques années que, m'entretenant avec M. Sidobre, de la Faculté de Montpellier et médecin consultant du Roi, le discours tomba sur la matière présente. Cet habile homme me raconta, avec sa franchise ordinaire, que son oncle, M. Berbeyrac, ce célèbre praticien dont le nom sera toujours précieux et vénérable à la médecine, fit faire un jour la ponction dans le côté à un malade qu'il croyait avoir un empyème purulent, que néanmoins il ne sortit pas une seule goutte de pus, mais seulement de l'air qui s'échappa avec bruit, et qu'en conséquence le malade fut entièrement guéri. »

OBSERVATION XXIII.

« Un jeune homme de 18 ans fut pris de pneumothorax gauche, développé spontanément; il guérit par la thoracentèse. La percussion donnait un son clair sur tout le côté gauche; le cœur était déplacé, la moitié gauche de la poitrine était notablement dilatée; pas d'épanchement pleurétique appréciable; orthopnée considérable. (Ponction avec un trois-quarts dans la ligne axillaire, entre la 6e et la 7e côte.) L'air sortit en sifflant, et la guérison ne se fit pas attendre. »

Ce fait de Ricker est cité dans le travail de Biermer; il est extrait du *Journal de Vienne,* que je n'ai pu me procurer. Malgré cette relation fort incomplète de l'observation de Ricker, je crois qu'elle doit être rapprochée de celle de Ferrari.

OBSERVATION XIV (2).

« Un jeune homme d'aspect délicat fut, pendant qu'il était assis

---

(1) Combalusier, *Pneumato-pathologia,* 1747, p. 508.

(2) Ranking, *A remarkable case of pneumothorax and dissecting aneurism of the aorta* (*Half-Yearly abstract of the medical sciences,* p. 110).

tranquillement à l'église, pris soudainement d'une douleur aiguë dans le côté gauche, accompagnée d'une dyspnée intense. Rentré chez lui, il se mit au lit, et la respiration devint graduellement plus calme. Je le vis le lendemain, offrant l'état suivant : la respiration était courte, mais sans douleur et sans anxiété ; à l'inspection de la poitrine, la totalité du côté gauche était arrondie et sans mouvement, avec élargissement des espaces intercostaux, comme dans l'empyème ; mais la percussion donnait surtout un son tympanique excessivement marqué ; il y avait aussi absence complète du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine, excepté à l'angle du scapulum, où l'on percevait un souffle amphorique et un tintement métallique bien marqués ; le cœur battait aussi à droite du sternum. Il n'y avait, dans les antécédents du patient ni dans l'examen de la poitrine, aucun signe de phthisie. L'état du malade s'améliora rapidement, la respiration s'entendait bien, et, au bout de deux mois, la guérison était complète. Cependant, trois mois après, j'appris qu'il était mort subitement. L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort.

« Le thorax avait été ouvert avant mon arrivée, et de la plèvre gauche on évacua 2 pintes d'un liquide sanguinolent. Le poumon n'était adhérent dans aucun point, et on ne trouva aucune altération qu'on pût rapporter au pneumothorax antérieur ; les deux poumons, quoique ayant été comprimés par l'épanchement, étaient complétement privés de tubercules. On constatait quelques cellules aériennes dilatées près du sommet du poumon gauche, où plusieurs cellules s'étaient réunies pour former une seule cavité. Au-dessous du poumon gauche, ou plutôt en arrière, on voyait une large cavité fluctuante occupant toute la hauteur du thorax. L'examen de cette poche démontra que c'était un anévrysme rempli de sang demi-coagulé. »

OBSERVATION XXV (1).

« Enfant (15 ans) affecté, pendant quelques semaines, d'une maladie de poitrine. Depuis quelques jours, aggravation considérable des symptômes (fièvre, point de côté, etc.). A la percussion, résonnance normale de tout le côté gauche, plutôt obscurcie dans la région inférieure ou latérale et postérieure. A droite, en avant et latéralement, sonorité très-marquée au-dessous de la quatrième côte ; cette sonorité diminue au-dessus de la quatrième côte en avant, elle est moindre aussi en arrière. A l'auscultation du côté gauche, la respiration s'entend distinctement en haut et en avant, mais mêlée de ronchus crépitants latéralement et en arrière, surtout à la partie inférieure; pas de bronchophonie ni de respiration bronchique; du côté droit, la respiration était puérile au-dessous des clavicules et dans l'aisselle, et, au-dessus de l'épine du scapulum, elle devenait moins distincte un peu au-dessous, et était presque nulle au-dessous de la quatrième côte (c'est-à-dire la partie la plus sonore à la percussion); en ce point également, on entendait un tintement métallique en faisant tourner le malade ; ce symptôme n'était pas influencé par les changements de position.

« Mêmes symptômes le jour suivant : extension du ronchus crépitant au poumon gauche ; le tintement métallique est toujours entendu. Mort dans le courant de la journée.

« *Autopsie* seize heures après la mort.

« On trouva la moitié inférieure et antérieure du côté droit de la poitrine remplie d'air, dont une partie s'échappa avec bruit, à la première incision. Le poumon était bridé par une fausse membrane

(1) Cas observé dans le service de M. Lherminier. Extrait de Williams, *A rationnal exposition of the physical signs of the diseases of the lungs and pleura*, p. 143 ; London, 1828.

très-résistante ; cette fausse membrane s'étendait aussi sur la plèvre pariétale. Il n'y avait pas une goutte de liquide dans la cavité, ni aucune communication avec les bronches. Dans les lobes inférieurs du poumon comprimé, on trouva trois hydatides libres dans une cavité à parois fibreuses. Le poumon gauche était hépatisé inférieurement, congestionné à la partie moyenne, et sain au sommet. Il n'y avait aucun tubercule dans les deux poumons. »

Cette observation est passible de plusieurs objections : le début du pneumothorax n'est pas indiqué d'une manière précise, et il aurait parfaitement pu se faire, chez ce jeune homme souffrant de la poitrine depuis plusieurs semaines, une perforation consécutive à la rupture d'hydatide ; cette perforation se sera obstruée, et la cicatrice aura été cachée par la fausse membrane si résistante qui s'étendait jusqu'à la plèvre pariétale.

VIII. Malgré le nombre assez considérable d'observations que je viens de rapporter, je n'ai pas la prétention d'avoir tout cité, j'ai cependant essayé d'être aussi complet que possible. Dans cette étude, qui est surtout un travail d'explication et d'interprétation, j'ai préféré m'exposer au reproche de citations un peu longues plutôt que de donner un résumé qu'on aurait pu croire arrangé pour les besoins de la discussion. Aussi souvent que je l'ai pu, j'ai laissé parler les auteurs des observations, ne voulant rien enlever à la valeur de leurs raisons.

Après avoir recherché si l'exhalation gazeuse de la plèvre est physiologiquement possible, j'ai compulsé les observations, et n'en ayant trouvé aucune qui prouvât, d'une façon absolue, le pneumothorax essentiel, j'ai essayé de donner des faits publiés sous ce titre une interprétation plus ou moins acceptable.

L'explication que j'ai proposée pour certains cas pourra peut-être paraître difficile à admettre; mais j'ai préféré les rapprocher des faits ordinaires, plutôt que de croire à l'existence de *cas rares* qui

seraient en contradiction avec les données physiologiques, en attribuant aux tissus des propriétés qui n'ont même jamais été soupçonnées.

Cet examen des diverses observations m'a conduit aux conclusions suivantes, qui seront, si l'on veut, le résumé de ce travail :

1° Le pneumothorax essentiel, ou sécrétion d'air dans la plèvre, est contraire aux données physiologiques généralement acceptées ;

2° Aucune observation publiée jusqu'à ce jour sous le titre de pneumothorax essentiel ne me paraît avoir été l'objet d'une interprétation exacte ;

3° Tous les faits de prétendu pneumothorax essentiel sont susceptibles d'explications diverses.

Les uns n'ont du pneumothorax que le titre ; d'autres sont des exemples de pleurésie avec ou sans bruit skodique, avec ou sans souffle amphorique ; quelques-uns ne sont que des pneumonies à une période où la percussion donne quelquefois un son tympanique. Enfin, sous le nom de pneumothorax essentiel, on a décrit des pneumothorax symptomatiques d'une perforation due à la fonte d'un tubercule sous-pleural ou à l'ouverture dans la plèvre d'une hydatide ; quelques cas enfin paraissent être le résultat de la rupture d'un lobule pulmonaire à la suite d'un effort.

Telle est du moins l'interprétation que nous avons cru pouvoir donner des faits de pneumothorax essentiel consignés dans les auteurs.

Si cette interprétation est admise, nous croirons avoir démontré, jusqu'à preuve contraire, la non-existence de cette affection.

# QUESTIONS

SUR

## LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Physique.* — Donner les lois du mouvement uniforme et du mouvement uniformément accéléré, en prenant pour exemple la chute des corps.

*Chimie.* — Des caractères distinctifs du brome.

*Pharmacie.* — De la nature des sucs huileux; dans quel état se trouvent-ils dans les plantes? Des procédés généraux employés à leur extraction.

*Histoire naturelle.* — De la structure et de la position des vaisseaux séveux désignés sous le nom de laticifères.

*Anatomie.* — Des principales différences de forme de la partie moyenne et des parties latérales du cervelet dans les quatre classes d'animaux vertébrés.

*Physiologie.* — Des causes du mouvement du sang dans les artères.

*Pathologie interne.* — Des lésions organiques qui peuvent produire l'ascite.

*Pathologie externe.* — De la gangrène.

*Pathologie générale.* — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

*Anatomie pathologique.* — Des corps fibreux de l'utérus.

*Accouchements.* — Des tumeurs du bassin considérées comme cause de dystocie.

*Thérapeutique.* — De l'influence des bains de mer sur l'homme malade.

*Médecine opératoire.* — De l'amputation tarso-métatarsienne.

*Médecine légale.* — De la détermination médico-légale des âges en général.

*Hygiène.* — De la santé et de ses caractères.

---

Vu, bon à imprimer.

GRISOLLE, Président.

*Permis d'imprimer.*

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.